

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

78

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 9 décembre 1896, à 1 heure

Par ROUGER (ALBERT)

Né à Fontaines-Vendée (Vendée), le 14 octobre 1870

Ancien interne des hôpitaux de Nantes (Médaille d'argent)

Lauréat bis de l'Ecole de médecine de Nantes.

DE LA

ROUGEOLE ECCHYMOTIQUE

Président : M. POTAIN, professeur.

Juges : MM. STRAUS, professeur.

CHAUFFARD, }
LETULLE, } *agregés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

78

Année 1896

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 9 décembre 1896, à 1 heure

Par ROUGER (ALBERT)

Né à Fontaines-Vendée (Vendée), le 14 octobre 1870
Ancien interne des hôpitaux de Nantes (Médaille d'argent)
Lauréat bis de l'Ecole de médecine de Nantes.

DE LA

ROUGEOLE ECCHYMOTIQUE

Président : M. POTAIN, professeur.

Juges : MM. STRAUS, professeur.

CHAUFFARD, }
LETULLE, } *agregés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.
Professeurs..... MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	N...
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ N...
Pathologie chirurgicale.....	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	{ LANNELONGUE.
Histologie.....	{ CORNIL.
Opérations et appareils.....	{ MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	{ TERRIER.
Thérapeutique.....	{ POUCHET.
Hygiène.....	{ LANDOUZY.
Médecine légale.....	{ PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	{ BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	{ LABOULBÈNE.
	{ STRAUS.
	{ POTAIN.
Clinique médicale.....	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	{ GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	{ FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	{ JOFFROY.
	{ RAYMOND.
Clinique chirurgicale.....	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.....	{ BERGER.
Clinique des voies urinaires.....	{ PANAS.
Clinique d'accouchements.....	{ GUYON.
	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	FAUCONNIER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN.	GAUCHER.	MENETRIER.	THIÉRY.
ANDRÉ.	GILBERT.	NÉLATON.	THOINOT.
BAR.	GILLES DE LA TOURETTE	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	GLEY.	POIRIER, Chef des tra-	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN.	vaux anatomiques.	WALTHER.
CHANTEMESSE.	HEIM.	RETTERER.	WEISS.
CHARIN.	LEJARS.	RICARD.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LETULLE.	ROGER.	WURTZ.
DELBET.	MARFAN.		

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES

MM. LES PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

ET

MM. LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DES
HOPITAUX DE NANTES

A M. LE DOCTEUR HUTINEL

PROFESSEUR AGRÉGÉ
MÉDECIN DE L'HOSPICE DES ENFANTS ASSISTÉS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR POTAIN

MEMBRE DE L'INSTITUT



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Au moment où nous présentons à nos juges ce modeste travail comme notre thèse inaugurale, nous sommes heureux de pouvoir remercier nos premiers maîtres de l'école de médecine de Nantes qui ont bien voulu nous guider dans nos études médicales. Que MM. Heurtaux, Bonamy, Guillemet, Jouon, Maurice, Bureau et Vignard soient assurés de nos sentiments de profonde reconnaissance pour les excellentes leçons qu'ils nous ont données lorsque nous avions l'honneur d'être leur interne.

Nous adressons tous nos remerciements à M. le D^r Huttinel qui nous a si vivement intéressé par ses savantes leçons de clinique, et qui nous a inspiré le sujet de cette étude ; et aussi à M. Labbé, interne des hôpitaux, qui a bien voulu nous prêter le concours de ses sages conseils.

Que M. le professeur Potain, qui nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, reçoive tous les sentiments de notre respectueuse gratitude.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Les auteurs anciens étaient habitués à attacher une signification défavorable à l'apparition des taches pétéchiâles dans la rougeole. Si l'on parcourt les principaux mémoires écrits sur ce sujet, on voit que les médecins ont mis fort longtemps avant de ramener la rougeole pétéchiâle à sa juste signification.

Sans remonter jusqu'aux Arabes qui ne savaient pas encore distinguer la rougeole de la scarlatine et de la varicelle, arrêtons-nous à un des plus anciens et des meilleurs cliniciens d'autrefois. Sydenham a vu des pétéchies dans les formes malignes de la rougeole et admet que dans les autres cas, elles ont pu être produites artificiellement par la température trop élevée à laquelle on a maintenu l'enfant.

Huxham a fréquemment observé les pétéchies dans la mauvaise épidémie de 1742 ; puis quoique les épidémies se soient succédé tous les ans, il n'en a pas rencontré avant l'année 1746.

Burserius mentionne dans les formes malignes de la rougeole des « *peticulæ* » qu'il tient pour un mauvais symptôme.

P. Frank s'exprime de même : « *sub lethali peripneumonia, sub diarrhœa profusa, exanthemata livescunt,*

nigrescunt, hæmorrhagiæ irremediabiles ac alia, quæ maligna dicuntur, observantur phænomena. »

Vogel regarde l'apparition des pétéchiës comme un signe d'autant plus mauvais qu'elles viennent plus tôt. Cependant il y aurait des constitutions épidémiques où ces taches surviendraient comme un phénomène critique.

Reil mentionne les pétéchiës comme une circonstance aggravante, car elles indiqueraient la putréfaction du sang et la gêne de la respiration. Cependant malgré ce préjugé médical, en observateur fidèle qu'il est, il cite des cas de rougeole où les mains et les lèvres du malade prenaient une coloration bleuâtre, où l'exanthème devenait violacé, sans que la marche de la maladie en fût modifiée.

Willan (1806) fait une étude très sérieuse des exanthèmes de la rougeole sur lesquels il se base pour établir différentes formes de la maladie : rubeola vulgaris, rubeola sine catarrho, rubeola nigra.

Il distingue la rougeole noire de la rougeole putride, et la décrit ainsi : les pétéchiës n'apparaissent jamais dès le début, mais, au huitième jour, l'éruption devient tout à coup noire, purpurique, et passe ensuite au jaune ; l'éruption dure dix jours et plus sans qu'on observe aucun autre symptôme inquiétant qu'un peu de faiblesse et un pouls rapide. Il ne l'a vue qu'une fois suivie de mort.

Rayer (1835) a cherché le premier la signification des pétéchiës dans la rougeole. Il les a surtout observées chez les enfants tuberculeux, atteints de diarrhée chronique ou de fièvre hectique, en un mot chez les cachectiques où elles tra-duisent une dissolution du sang. Pour cette raison, il sépare la rougeole pétéchiële de la rougeole noire observée par

Willan chez des sujets vigoureux, et dont il fait, à tort, une variété de rougeole sans catarrhe.

D'ailleurs il donne de la rougeole pétéchiiale la même description que Willan : l'éruption prend au septième jour une couleur livide, les taches ne disparaissent plus à la pression, et deviennent les jours suivants brunes ou gris jaune sale.

Dans le pronostic, Rayer insiste sur ce que beaucoup de ces rougeoles hémorrhagiques n'ont pas de mauvaise signification ; par contre il tient la couleur plombique des taches pour un symptôme grave, survenant dans les rougeoles dyspnéïques.

Simon a vu des rougeoles pétéchiiales graves et malgré l'analogie symptomatique, ne pense pas pouvoir les confondre avec la rubeola nigra bénigne de Willan.

Bouchut a observé des rougeoles avec un exanthème très sombre, entre les taches duquel apparaissaient des pétéchies, et les croit en relation avec la faiblesse de l'état général.

Cazenave et Schedel ont rarement observé les rougeoles pétéchiiales.

Billard les mentionne seulement.

Wilson fait de la rubeola nigra une forme particulière survenant chez les individus affaiblis, chez qui, par suite du ralentissement de la circulation capillaire, le sang peut s'épancher dans les tissus. Elle commence comme une rougeole vulgaire, mais au huitième jour le pouls s'accélère, la fièvre devient violente, la dépression augmente, l'éruption prend un aspect livide, souvent apparaît du délire, des épanchements se font dans les séreuses et la mort vient terminer la scène. Sa rubeola nigra n'est donc pas celle de

Willan, tout à fait bénigne, ni celle de Rayer survenant chez des affaiblis, mais ayant un pronostic favorable, et qu'il considère comme une forme de transition.

Lévy (1847) mentionne un cas de rougeole hémorrhagique chez l'adulte où après des symptômes inquiétants la terminaison fut favorable.

Valleix (1847) regarde les rougeoles hémorrhagiques comme graves ; suivant lui, elles pourraient se montrer chez des sujets sains, mais bien plus souvent chez des affaiblis et particulièrement des tuberculeux.

Rilliet et Barthez ont su nettement distinguer deux formes : la forme bénigne où l'aspect ecchymotique de l'exanthème est dû à sa très grande intensité et ne s'accompagne pas d'un réel épanchement de sang dans la peau ; la forme maligne.

Masarei a vu des pétéchies à la fin de la rougeole dans une épidémie maligne liée au scorbut et au typhus.

Brown, dans l'épidémie de Leith de 1854, ne mentionne pas la rougeole hémorrhagique.

Karg (1855) a observé la rougeole hémorrhagique chez le nourrisson et la désigne sous le nom de « Fleckenscorbut ». Il l'attribue à l'encombrement et à l'insuffisance de la nourriture.

Wunderlich considère les rougeoles hémorrhagiques comme graves. Elles sont parfois annoncées par la pâleur de l'éruption ; puis l'exanthème devient violet sombre (R. noire), ou bien des pétéchies et des vésicules hémorrhagiques se forment entre les taches morbillieuses. La cause doit en être cherchée dans le jeune âge, la faiblesse, le refroidissement ou la trop grande chaleur.

Il faut arriver au mémoire de Veit (1858) pour trouver une étude complète de la rougeole ecchymotique dont le pronostic est ramené à ses véritables proportions.

Adoptant la division de Willan, il remplace la désignation de rougeole noire par celle de rougeole hémorrhagique. Il en décrit avec soin les symptômes, et la considère comme une forme plutôt bénigne, caractérisée par une augmentation du processus congestif de la peau.

Trousseau, à côté des rougeoles hémorrhagiques graves, dont il a observé deux cas, décrit une rougeole ecchymotique à qui il attribue encore une certaine gravité « en ce sens, dit-il, qu'elle indique une éruption plus intense ; or dans la variole, la scarlatine et la rougeole on peut formuler cette loi que le pronostic de la maladie est en raison directe de la sévérité de l'éruption ». Vrai pour ce qui regarde la variole, cet axiome a été démontré erroné pour la rougeole, et les cliniciens redoutent plus aujourd'hui les rougeoles qui sortent mal que celles dont l'exanthème est très intense.

Dès lors cette notion de la dualité des rougeoles hémorrhagiques est bien acquise, et tous les auteurs récents l'admettent (Sanné, d'Espine, Blanckaert, Thomas, Louis Guinon, Grancher, etc.).

Mais comme la rougeole hémorrhagique semble, ainsi que le fait remarquer d'Espine, avoir beaucoup diminué de fréquence aujourd'hui, comme d'autre part la rougeole ecchymotique bénigne ne force pas l'attention des médecins, les travaux sur ce sujet sont aussi beaucoup plus rares ; Blanckaert, Audéoud et Jaccard, Puech se conten-

tent de mentionner la rougeole ecchymotique lorsqu'ils la rencontrent sans en chercher la véritable signification ; c'est cette lacune que nous avons essayé de combler, en interprétant nos observations à l'aide des savantes indications de notre maître M. le D^r Hutinel.

CHAPITRE II

Division.

La rougeole ecchymotique est une des variétés de la rougeole hémorrhagique.

Sous ce nom les anciens auteurs ont confondu plusieurs syndromes différents. Pour éviter l'incertitude de leurs descriptions et bien faire comprendre ce que nous entendons par rougeole ecchymotique, il est nécessaire de rappeler en quelques mots les autres formes de la rougeole hémorrhagique.

Le plus souvent on a décrit sous le nom d'ecchymotiques, pétéchiales, noires, de véritables *rougeoles hémorrhagiques* dans lesquelles les ecchymoses ne sont qu'une des localisations, sur la peau, du processus infectieux, de la diathèse hémorrhagique qui se fait jour aussi bien du côté des muqueuses et des organes profonds. On trouve alors sur la peau des pétéchies qui apparaissent entre les taches morbillieuses ; quelquefois des taches purpuriques étendues ; l'exanthème lui-même prend une couleur sombre, violacée et ne disparaît plus à la pression. Ces phénomènes présentent leur maximum au dos, au ventre, aux extrémités des membres ; d'autres fois ils sont étendus à toute la surface du corps.

En même temps se produisent des épistaxis, qui peuvent être très abondants, des hématuries ; plus rarement

des hémorrhagies internes (Moynier), des hémorrhagies intestinales et gastriques se traduisant au dehors par une hématomèse ou un melœna, des hémoptysies, une apoplexie pulmonaire (Oulmont). Ces hémorrhagies surviennent surtout au déclin de la rougeole. Elles s'accompagnent d'une aggravation rapide de l'état général ; la fièvre reprend, elle s'accompagne de délire, de stupeur, d'adynamie, ou d'ataxie dans les cas où la maladie a atteint un sujet vigoureux.

La mort est à redouter surtout lorsque les hémorrhagies sont très abondantes, répétées et la fièvre intense ; d'autres fois l'hémorrhagie, surtout si elle est isolée, se comporte comme un phénomène critique.

On trouve à l'autopsie des ecchymoses sur les diverses muqueuses : bronchique, gastrique, intestinale, muqueuse du bassinet ; sur les séreuses, la plèvre, les méninges, le péritoine, le péricarde. Ces complications surviennent principalement chez les individus cachectiques, affaiblis par la misère, la mauvaise hygiène, l'alcoolisme, la convalescence d'une maladie grave ; chez les hémophiliques, chez les phthisiques (Valleix), les enfants ruinés par la diarrhée chronique (Rayer). Quelquefois cependant elles peuvent se produire chez un sujet robuste (Rilliet et Barthez).

D'une façon générale, ces rougeoles exceptionnelles aujourd'hui, étaient déjà rares autrefois. Trousseau ne les a observées que deux fois, Rilliet et Barthez une fois. Citons ici l'observation de Trousseau qui peut servir d'exemple :

Il y a 16 ou 17 ans je fus mandé en consultation par le Dr Coquerel auprès d'une fillette de 5 ans chez qui la rougeole avait offert les particularités suivantes : stupeur plus accusée que d'habitude ; taches

exanthématiques ayant présenté une coloration foncée, une teinte hémorrhagique ne s'effaçant pas par la pression ; un peu de délire le 8^e jour et réapparition des abondantes épistaxis qui avaient marqué la première période. L'enfant perdit beaucoup de sang. Au bout de quelques heures survinrent une hématurie, un flux diarrhéique sanglant et des hématomèses. Nous aperçûmes enfin des taches ecchymotiques sur la région dorsale et la petite fille mourut épuisée par ces hémorrhagies.

Dans les rougeoles graves, compliquées d'infection secondaire, on peut voir survenir plus ou moins tard après la disparition de l'exanthème morbillieux, des *érythèmes* qui affectent très souvent la forme hémorrhagique. Ces érythèmes ont passé pendant longtemps inaperçus ; M. Hutinel a attiré l'attention sur eux, et les a rangés dans la même classe que les autres érythèmes infectieux survenant à la suite de la diphtérie, de la fièvre typhoïde... etc. Ces érythèmes se produisent généralement dans les milieux encombrés, où l'hygiène est défectueuse, et sont dus à une infection secondaire, partie le plus souvent de la muqueuse bronchique, quelquefois aussi de la gorge, de la bouche, des lèvres. Ils coïncident ordinairement avec des bronchites purulentes ou des broncho-pneumonies à streptocoques. Leur apparition peut être plus ou moins précoce, depuis le deuxième jour après la cessation de l'exanthème, jusqu'au huitième et même au seizième jour.

Ils ont souvent l'aspect morbillieux ou polymorphe, jamais scarlatinoïde, si bien qu'on peut croire à une réapparition de la rougeole ; ils se sont montrés purpuriques trois fois sur six observations rapportées par M. Hutinel. Leur siège habituel est sur le dos, les poignets, les coudes et les genoux. Les symptômes généraux qui les accompagnent

témoignent d'une toxémie grave : la fièvre est très intense, le poulx petit et misérable, les urines rares et quelquefois albumineuses ; la face est pâle, comme bouffie, les lèvres ulcérées, les extrémités cyanosées ; le malade a de la diarrhée, des vomissements, de la dyspnée, une dépression profonde et la mort arrive sans convulsions, quelquefois à la suite de plusieurs poussées successives.

La plupart des caractères que nous venons d'énumérer se retrouvent dans l'observation suivante de M. Hutinel :

Denise A..., née le 18 novembre 1889, entre au pavillon de la rougeole le 13 juillet 1892. L'éruption est franche, la température atteint 39°, et la rougeole évolue normalement, mais, quand les taches pâlisent et s'effacent, la température reste élevée.

On ne trouve pourtant point de signes de pneumonie, ni de complications apparentes. L'enfant est portée néanmoins dans le pavillon réservé aux rougeoles compliquées.

Le 19 juillet, après une rémission fébrile légère sans amélioration de l'état général, la température remonte, la toux et la dyspnée augmentent et on perçoit des râles fins aux deux bases pulmonaires.

Le 20, l'éruption de rougeole semble renaître sous une autre forme ; des plaques rouges vineuses, ecchymotiques par places, se sont produites sur les poignets et sur les coudes, à la face interne des genoux et sur les cuisses ; elles sont arrondies ou polycycliques et quelques-unes sont papuleuses.

Le lendemain, l'état général est déplorable. R. 40 ; T. 39°6 ; P. 140. Râles fins dans les deux poumons, raideur de la nuque, teint blafard, cyanose des extrémités. Mort dans l'après-midi.

A l'autopsie, congestion plutôt que broncho-pneumonie des deux bases ; pas de noyau d'hépatisation, bronchite purulente à streptocoques ; pas d'obstructions bronchiques. Foie volumineux et gras ; cœur sain, etc.

Enfin à côté de ces rougeoles hémorrhagiques graves, de

ces érythèmes infectieux secondaires, existe une rougeole ecchymotique dont le pronostic est habituellement bénin et ne tire parfois sa gravité que de certaines complications respiratoires. Ici pas de symptômes généraux redoutables, une évolution normale sauf pour l'éruption qui possède des caractères particuliers. C'est cette forme que nous allons maintenant étudier en détail.

CHAPITRE III

Etiologie.

Si on lit certains auteurs, il semble que la rougeole ecchymotique soit extrêmement fréquente. Hénoch [relatant une épidémie de rougeole dit que chez un quart des malades l'exanthème avait le caractère hémorrhagique, mais qu'aucun n'eut d'hémorrhagies par d'autres voies. Embden a observé également dans une épidémie à Heidelberg de très nombreux cas de rougeole ecchymotique, non accompagnés d'hémorrhagies graves.

D'autres ne semblent pas avoir remarqué son existence : tel Labadie qui a relaté une épidémie de rougeole à Montpellier. De même, Murray dans une épidémie de rougeole à Foundling-hôpital n'aurait vu sur 107 enfants malades qu'un seul chez qui l'éruption prit une coloration pourpre ; encore dit-il que les taches s'effaçaient sous la pression.

Il résulte de ces investigations que les uns exagèrent probablement sa fréquence, tandis que d'autres la méconnaissent.

Il est possible d'ailleurs que la rougeole ecchymotique se montre plus fréquente dans certaines épidémies ; cependant les faits de Veit qui portent sur une période de dix années ne confirment pas cet hypothèse.

L'opinion de Veit qui l'a observée 11 fois sur 160 cas, nous semble plus acceptable. Si nous nous reportons à

nos observations personnelles, nous voyons que sur 245 cas de rougeole observés depuis février 1896 jusqu'à aujourd'hui aux Enfants-Assistés, la rougeole a pris 11 fois le caractère ecchymotique.

L'influence de l'âge n'est pas notée. Celle du sexe nous a semblé nulle.

L'importance de l'*état général* est assurément plus grande; beaucoup d'auteurs lui ont fait tenir une très grande place dans l'étiologie de la rougeole ecchymotique; les enfants affaiblis par les privations ou la misère qui composent en majorité le public de notre hôpital, ont été assez souvent atteints, en effet, si l'on se reporte à notre proportion de 11 cas sur 245 rougeoles plus forte que celle de Veit. Ce dernier discute et repousse cette opinion; en effet, dit-il, si la nutrition défectueuse était vraiment la condition qui favorise la rougeole ecchymotique elle s'observerait plus souvent dans les épidémies des classes inférieures de la société, que dans les autres, tandis qu'il n'en est rien. De plus dans les familles pauvres où la rougeole atteint plusieurs enfants, lorsque l'un d'eux fait une rougeole ecchymotique, les autres devraient présenter la même particularité.

L'affaiblissement par une maladie grave aiguë, ou chronique prédispose plutôt aux rougeoles hémorrhagiques, qu'aux rougeoles ecchymotiques vraies.

Les maladies des voies respiratoires qui coïncident avec l'évolution de la rougeole ont plus d'action sur la morphologie de son exanthème. Au premier rang se tient la coqueluche. Blanckaert la signale dans une de ses observations. Dans les 11 cas que nous rapportons, 7 fois la coqueluche coïncidait avec la rougeole, soit qu'elle existât primitive-

ment et qu'elle semblât même terminée depuis quelque temps, soit qu'elle survint au moment de la convalescence de la rougeole ; chaque fois l'action réciproque des deux maladies a été très nette ; de même que la rougeole augmentait le nombre et la violence des quintes de coqueluche, les rappelait même alors qu'on croyait la malade guérie, de même la coqueluche favorisait l'apparition des ecchymoses au niveau des taches morbillieuses.

Ce fait s'est produit 7 fois sur 10 coqueluches compliquées de rougeole ; il nous semble donc utile d'y insister dans l'étiologie. Du reste il s'explique facilement si l'on tient compte de la stase sanguine et de la gêne circulatoire qui se produisent dans les capillaires de la peau au moment des quintes de coqueluche, stase qui va jusqu'à la production d'une cyanose accentuée de la face et des extrémités, et quelquefois même d'hémorragies sous-conjonctivales ou d'épistaxis.

La rougeole ecchymotique se voit aussi au cours des autres maladies dyspnéiques du poumon. Audéoud et Jaccard la signalent dans la rougeole à forme dyspnéique. Dans les observations tirées de la thèse de Puech, c'est à la suite de bronchite dyspnéique, de congestion pulmonaire, de broncho-pneumonie qu'elle survint ; il en est de même des observations de Blanckaert. Dans un de nos cas, l'enfant était tuberculeux.

La dyspnée peut être d'origine laryngée : Blanckaert signale une rougeole ecchymotique survenue chez un enfant atteint de spasmes de la glotte, une autre chez un enfant atteint de croup ; dans ces deux cas la gêne de la respiration était intense, et se manifestait par une fréquence extrême (50 et 60 respirations par minute).

Enfin toutes les causes mécaniques qui gênent la circulation sanguine favorisent la congestion et la rupture des capillaires cutanés, altérés peut-être par le poison morbilieux. C'est ainsi que souvent des taches ecchymotiques isolées ou coïncidant avec un exanthème de même nature apparaissent sur les points du corps soumis à une pression exagérée accidentelle ; on en voit au niveau des jarrettières ; une de nos rougeoles ecchymotiques est survenue chez un enfant atteint de mal de Pott et placé pour cette raison dans un corset plâtré.

L'intensité de l'éruption, l'exagération simple du processus congestif cutané peut encore, suivant Veit, Sanné, Blanckaert, être la cause de la rupture des capillaires et de la production des taches purpuriques. Cette interprétation pathogénique convient aux cas où, en même temps qu'une fièvre très vive, survient un exanthème d'un rouge très vif s'effaçant mal à la pression dès le premier jour, exanthème qui passe ensuite dès le lendemain au violet sombre. Si en effet dans certains cas, la fièvre vive n'a pas été accompagnée d'ecchymoses, on a toujours noté de la fièvre dans les rougeoles ecchymotiques, les ecchymoses sont souvent limitées aux points où l'exanthème a été le plus intense.

Un grand nombre de causes qui toutes agissent par la production d'une gêne circulatoire peuvent donc donner le caractère ecchymotique à l'éruption morbillieuse ; ce que nous avons dit de l'influence des broncho-pneumonies, des maladies dyspnéiques du poumon et du larynx explique comment dans certains cas les rougeoles ecchymotiques sont d'un pronostic défavorable.

CHAPITRE IV

Description.

Dans les rougeoles ordinaires, l'exanthème débute par la face, envahit en 48 heures le tronc, les membres supérieurs et inférieurs, puis pâlit et s'efface, n'ayant duré que 3 à 5 jours ; après 7 jours, il n'en reste aucune trace. A sa période d'état, l'éruption s'efface au toucher (Grancher).

Mais il peut arriver que dans certaines éruptions intenses accompagnées d'une fièvre vive, les taches ne s'effacent pas complètement à la pression et qu'elles persistent ensuite un plus grand nombre de jours, laissant une légère pigmentation de la peau qui se perçoit encore au huitième et même au quatorzième jour. La durée des taches est en rapport avec l'intensité de leur coloration au moment du fastigium de l'éruption (Thomas). Ces cas peuvent être considérés comme des intermédiaires entre la rougeole normale et la rougeole ecchymotique.

L'époque de l'apparition des ecchymoses dans la forme particulière que nous étudions est variable ; les taches de l'exanthème primitif peuvent se montrer ecchymotiques dès le premier ou le second jour (obs. XI) ; d'autres fois elles ne prennent cet aspect qu'au sixième ou au septième jour. C'est généralement au troisième ou quatrième jour (D'Espine), du deuxième au quatrième (Veit), au troisième jour d'après nos observations personnelles que l'exanthème devient ecchymotique.

L'apparition des ecchymoses peut seulement être prévue à la période d'acmé de l'éruption, lorsque celle-ci est d'un rouge très vif et s'efface mal sous la pression des doigts.

Son apparition coïncide le plus souvent avec une chute du pouls et de la température et une amélioration de l'état général, ce qui permet d'écarter aussitôt l'hypothèse d'une rougeole maligne. Cette chute plus ou moins complète de la température se montre toujours, même dans les cas qui seront ensuite compliqués d'infections secondaires. Blankaert l'a observée chez quatre malades où la rougeole se compliqua de broncho-pneumonie ; une seule fois, elle ne se produisit que le lendemain de l'apparition des taches ecchymotiques.

Si l'on examine avec soin la tache purpurique à son début, on voit qu'elle se produit au niveau des taches morbillieuses sous forme de petits points sanguins plus foncés qui grossissent et se réunissent pour constituer une tache uniformément colorée par le sang (Thomas).

Lorsqu'elle est définitivement constituée, la tache ecchymotique revêt les caractères suivants : Sa couleur est d'un rouge violacé, lie de vin ; ses dimensions sont celles des taches de rougeole normale dont elles occupent la place, et dont elles revêtent la forme ; cependant elles sont un peu plus diffuses et leurs bords sont moins nettement limités.

Elles peuvent devenir confluentes, recouvrir de larges espaces sans laisser d'intervalles de peau saine, comme cela se voit à la face et dans les points soumis à une pression, au niveau des jarrettières par exemple.

Elles sont légèrement saillantes. Lorsqu'on tend forte-

ment la peau du malade, ou qu'on presse légèrement à leur niveau avec les doigts, au lieu de s'effacer et de disparaître, elles deviennent au contraire plus apparentes et ressortent en violet foncé sur la peau blanche.

L'aspect ecchymotique peut s'étendre à toute l'éruption de rougeole, ou se limiter à quelques régions du corps ; elle atteint alors les parties où l'éruption s'est montrée la plus violente, les points du corps soumis habituellement à des pressions et ceux où la peau est la plus fine.

C'est ainsi qu'on l'observe à la face, à la partie inférieure du dos et sur les extrémités des membres qui, à cause de la circulation défectueuse, sont souvent atteintes de cyanose.

Pendant les jours qui suivent, elles présentent des modifications analogues à celles qui se produisent au niveau de tout foyer hémorrhagique cutané ou sous-cutané. L'hémoglobine du sang épanché se transforme ; la coloration devient successivement brunâtre, gris-jaune, jaune sale, et disparaît enfin.

L'époque de la disparition varie. Elles peuvent persister pendant plus de dix jours (Sanné), pendant des semaines et des mois (Veit) ; nous les avons trouvées encore apparentes, vingt jours après le début de l'exanthème (obs. XIII).

La disparition de l'exanthème est suivie de la desquamation de l'épiderme. Celle-ci est d'autant plus accentuée que l'éruption a été plus intense et c'est dans les points où les ecchymoses ont présenté leur maximum qu'on l'observe avec son plus complet développement.

En même temps que l'exanthème prend cet aspect ecchymotique, on peut voir se former des pétéchies dans l'in-

tervalle des taches morbilleuses. Ces pétéchie sont petites, rondes, noires, bien limitées (*καθέζοχιν*). Il peut également se produire des ecchymoses plus grandes, s'étendant sous forme de trainées (vibices) ou de plaques (purpura hémorrhagique).

Enfin dans le cas où la congestion est plus marquée, où les capillaires sont moins résistants, chez les enfants atteints de coqueluche, des ecchymoses apparaissent aux paupières, aux conjonctives.

Il est exceptionnel d'observer des hémorrhagies par les voies naturelles ; celles-ci témoignent habituellement d'un état général plus grave et font partie du syndrome de la rougeole hémorrhagique vraie. Seules les épistaxis ne sont pas rares, comme au début de toutes les maladies infectieuses chez les enfants ; Veit les a notées 4 fois sur 11 cas ; elles se produisent le plus souvent avant l'éruption et témoignent d'un état congestif très marqué.

La rougeole ecchymotique ne s'accompagne par elle-même d'aucun symptôme général inquiétant ; ceux qui peuvent survenir, sont, comme dans toute rougeole, liés à des infections secondaires. Elle guérit facilement et dans le même laps de temps que la rougeole ordinaire.

CHAPITRE V

Anatomie pathologique.

La peau est le siège d'une congestion sanguine et d'une infiltration de cellules lymphatiques qui prédomine dans le derme autour des vaisseaux, des follicules pilo-sébacés et des glandes sudoripares, ainsi que dans la couche superficielle des papilles. Catrin a décrit de plus la formation de boules colloïdes dans l'intérieur des cellules du corps muqueux de Malpighi, d'où résultent des nécroses épithéliales et de petites phlyctènes. Ces altérations sont banales et communes à toutes les formes de rougeole.

Dans les formes ecchymotiques, la congestion des vaisseaux est portée à son plus haut degré, les capillaires sont bourrés de globules rouges ; et il en résulte tantôt la production de petites hémorrhagies dans le tissu cellulaire du derme et le tissu cellulaire sous-cutané, tantôt le simple passage de la matière colorante du sang à travers les parois des vaisseaux.

Dans un cas (obs. XIII), nous avons recueilli pendant la vie, un fragment de la peau du malade, et nous avons fait des coupes histologiques ; le derme n'était nullement congestionné, mais on voyait de petits foyers hémorrhagiques dans le tissu cellulaire sous-cutané, au niveau des glomérules des glandes sudoripares.

Les organes profonds, les séreuses surtout, peuvent être le siège d'ecchymoses et de sugillations sanguines, mais ces altérations qui sont le fait de la rougeole hémorrhagique, ne se montrent que rarement dans la forme ecchy-motique.

CHAPITRE VI

Diagnostic. — Pronostic. — Traitement.

Diagnostic. — Nous n'insisterons pas sur le diagnostic de la rougeole ecchymotique ; il repose sur les mêmes signes que celui de la rougeole. La seule difficulté consiste à savoir distinguer la rougeole ecchymotique de la rougeole hémorrhagique vraie. Veit insiste sur ce fait que le processus hémorrhagique survenant dès les premiers jours de la maladie est en général bénin, tandis que les pétéchies qui surviennent tardivement, après la disparition de la rougeole, sont d'une signification plus sévère. La rougeole ecchymotique survient généralement chez des enfants sains, la rougeole hémorrhagique chez des enfants affaiblis déjà par la diarrhée, les troubles nutritifs ou une maladie antérieure. L'éruption de la rougeole ecchymotique est d'une grande intensité, celle de la rougeole hémorrhagique sort mal et reste pâle. Enfin la rougeole hémorrhagique s'accompagne généralement d'hémorrhagies multiples par les voies naturelles ce qui n'a pas lieu dans la forme ecchymotique.

Les érythèmes infectieux secondaires à forme ecchymotique ne seront pas confondus avec une rechute de la rougeole. Ils s'accompagnent toujours de symptômes généraux graves, de diarrhée infectieuse, de broncho-pneumonie, de fissuration des lèvres, d'abattement et de fièvre. Ils ne

sont pas précédés comme la rougeole par une période catarrhale. Enfin ils apparaissent tout d'abord sur le dos des mains et des poignets, sur les membres inférieurs, laissant presque toujours la face indemne.

Les différentes variétés de purpura se distingueront facilement de la rougeole ecchymotique. Ils sont généralement accompagnés de symptômes gastro-intestinaux d'ordre toxique ou infectieux, et non de symptômes pulmonaires. L'éruption ne rappelle en rien, ni par son mode d'évolution, ni par sa distribution, les taches de l'exanthème morbillieux.

Le purpura peut survenir à la suite de la rougeole ; mais dans le cas signalé par Laudon, le diagnostic était facile, la rougeole avait évolué normalement et était depuis longtemps terminée ; et c'est au croup survenu pendant la convalescence de la fièvre éruptive qu'on devait attribuer la production du purpura.

Enfin le diagnostic avec l'érythème noueux et l'urticaire à forme hémorrhagique n'a même pas besoin d'être posé.

Pronostic. — D'après ce que nous avons dit plus haut, le pronostic de la rougeole ecchymotique est favorable, et dépend surtout de l'état antérieur du sujet et des conditions de son traitement. Très bénigne dans la clientèle de la ville, chez les enfants qui vivent dans un milieu sain, la rougeole peut devenir grave dans les hôpitaux, où les malades sont susceptibles de contracter des broncho-pneumonies par contagion.

A cet égard, la rougeole ecchymotique, que nous avons vue survenir la plupart du temps chez des enfants atteints de coqueluche ou de bronchite généralisée, est plus que

toute autre capable de se compliquer, puisque les germes septiques inhalés trouveront dans les bronches enflammées un terrain tout préparé pour leur développement.

Traitement. — Il est indiqué dans cette forme de redoubler les précautions hygiéniques habituelles, et de pratiquer l'isolement et la désinfection des enfants avec une très grande rigueur.

Dès le début de la maladie, les forces de l'enfant seront soutenues par l'acétate d'ammoniaque, par l'alcool à petites doses ; on modérera la violence et la fréquence des quintes de coqueluche qui dépriment l'enfant par la belladone ou l'antipyrine ; on s'opposera à l'extension de la bronchite par l'application répétée de cataplasmes sinapisés sur le thorax.

Enfin lorsque, malgré les précautions, l'état général paraîtra faiblir, que l'enfant sera très abattu et la fièvre excessive, les injections sous-cutanées de caféine ou d'éther, la digitale à l'intérieur, l'oxygène en inhalation, les bains froids pourront être employés avec succès.

Observations.

Nous avons pu recueillir dans le service de M. Hutinel un certain nombre d'observations de rougeole ecchymotique. La plupart, nous l'avons déjà dit, sont des rougeoles survenues chez des enfants atteints antérieurement de coqueluche. Dans ce cas nous avons constaté sans exception une aggravation des quintes ; l'éruption de rougeole sortait bien, était très intense et devenait ecchymotique du 2^e au 4^e jour. La terminaison a été favorable. Quelques-unes de nos observations se ressemblent tellement au point de vue de la marche et des symptômes qu'il semble qu'elles aient été calquées les unes sur les autres. Tel est le cas pour les deux premières, recueillies chez deux petits jumeaux.

Obs. I (personnelle). — *Coqueluche*. — *Rougeole ecchymotique*. — *Guérison*.

Jules Berth..., 2 ans et demi, entre le 7 août 1896 dans le service de médecine des Enfants-Assistés pour une coqueluche à la période d'état : 10 quintes par jour, pas de fièvre.

Durant le mois de septembre, la coqueluche s'atténue ; au commencement d'octobre l'enfant n'a plus que 2 à 3 quintes par jour.

Le 8 octobre. — Éruption de rougeole ; T. 39°4.

Les deux jours suivants, l'éruption se généralise et sort d'une façon très intense. L'état général est bon, l'enfant semble peu touché par sa rougeole. Les quintes de coqueluche augmentent légèrement (5 à 6 par jour).

Le 12. — La température revient à la normale. L'éruption a nettement le caractère ecchymotique.

Le 14. — L'éruption de rougeole a disparu ; mais il reste des taches purpuriques sur la figure, la face interne des cuisses.

Les jours suivants, les taches purpuriques pâlisent et s'effacent, les quintes de coqueluche diminuent.

Obs. II (personnelle). — *Coqueluche. — Rougeole ecchymotique. — Guérison.*

Gaston Berth..., 2 ans et demi, entre le 5 septembre 1896 dans le service de médecine des Enfants-Assistés pour une coqueluche bénigne, apyrétique, avec 6 quintes par jour. Pendant le mois de septembre, les quintes diminuent, et au commencement d'octobre elles sont réduites à 2 ou 3 par jour.

Le 5 octobre. — La température s'élève, le nombre des quintes augmente.

Le 8. — Éruption de rougeole, T. 39°8, état général bon ; 7 quintes par 24 heures.

Le 9. — L'éruption est très intense, rouge foncé, ne s'efface pas à la pression.

Les jours suivants elle passe par les tons successifs qu'affectent les ecchymoses ; la fièvre tombe.

Le 15. — Il reste des taches purpuriques sur la figure et sur la face interne des cuisses.

Les jours suivants, ces taches s'effacent peu à peu ; les quintes de coqueluche diminuent et tombent à 4 ou 5 par jour.

Obs. III (personnelle). — *Coqueluche. — Rougeole ecchymotique. — Reprise des quintes de coqueluche. — Guérison.*

Angèle L..., 5 ans et demi, entre le 27 août 1896 dans le service de médecine des Enfants-Assistés.

Elle est atteinte d'une coqueluche légère, apyrétique, avec 5 à 6 quintes par jour.

Dans le courant du mois de septembre, les quintes diminuent, se

réduisent à 2 ou 3 par jour et cessent au commencement d'octobre.

Le 6 octobre. — La température s'élève progressivement.

Le 10. — Eruption de rougeole. Les quintes de coqueluche reparaissent et acquièrent même une fréquence plus grande qu'au début (6 à 7 par jour). T. 39°9.

Le 12. — La fièvre est tombée. T. 37°6. L'état général est bon. L'éruption est complète et a pris sur le tronc et les membres l'aspect ecchymotique.

Le 15. — La température est revenue à la normale. L'éruption a pris l'aspect de macules brunâtres. Les quintes diminuent.

Les jours suivants, l'état général reste très bon ; les quintes diminuent peu à peu pour cesser le 9 novembre : l'éruption pâlit et toute trace en a disparu le 30 octobre.

Obs. IV (personnelle). — *Coqueluche. — Rougeole ecchymotique.*

— *Reprise des quintes de coqueluche. — Guérison.*

Marcelle L..., 2 ans et demi, entre le 27 août 1896, dans le service de médecine des Enfants-Assistés pour une coqueluche bénigne, apyrétique, dont le nombre des quintes ne dépasse pas 5 par jour.

La coqueluche s'atténue et disparaît complètement le 20 septembre.

Le 30 septembre. — La température s'élève progressivement, pour revenir à la normale le 5 octobre, puis elle monte de nouveau le soir du même jour à 40°.

Le 6 octobre. — L'enfant tousse, les quintes de coqueluche reparaissent ; les yeux sont larmoyants, la gorge rouge.

Le 8. — Eruption de rougeole ; fièvre intense. T. 40°5 ; six quintes par jour, râles à l'auscultation.

Le 10. — La température baisse. T. 38°. L'état général est bon. Chacune des taches de l'éruption se transforme en une macule ecchymotique violacée.

Le 11. — La fièvre cesse.

Les jours suivants, la température reste normale, l'éruption pâlit progressivement et disparaît après une dizaine de jours, les quintes

persistent pendant quelque temps avec la même intensité, puis diminuent et disparaissent le 10 novembre.

Nous pouvons rapprocher des précédentes l'observation suivante de Blanckaert qui ne s'en distingue que par l'évolution plus grave, et la terminaison mortelle par broncho-pneumonie.

OBS. V (BLANCKAERT). — *Rougeole au cours d'une coqueluche. — Aggravation de celle-ci. — Broncho-pneumonie. — Gangrène. — Mort.*

Charles G..., 3 ans, de forte constitution, entré le 12 février 1868, aux Enfants-Malades atteint d'une coqueluche intense.

Le 29 février. — Les quintes augmentent d'intensité et de fréquence.

Le 2 mars. — Eruption de rougeole, confluyente, intense, d'une bonne couleur.

Les quintes de coqueluche sont de plus en plus nombreuses et intenses. Le visage se tuméfie et devient bleu, les reprises sont très espacées, l'inspiration très pénible et accompagnée d'un sifflement aigu. L'angoisse du malade paraît telle qu'on craint de le voir emporté. Râles sous-crépitants fins ; T. 41°, P. 160.

Le 5. — Amendement. L'éruption qui a pâli partout est remplacée à la face par de petites infiltrations sanguines.

Le 7. — Il ne reste plus de l'éruption que quelques macules cuivrées.

Les jours suivants la broncho-pneumonie s'accroît, se généralise. L'enfant s'amaigrit, est de plus en plus abattu.

Le 26. — Mort.

AUTOPSIE. — Aspect gangréneux de la muqueuse de la région glottique, sus-glottique et du pharynx.

La plèvre gauche renferme une petite quantité de sérosité sanguinolente. Broncho-pneumonie des lobes supérieurs des poumons et apoplexie des lobes inférieurs. Ecchymoses sous-pleurales.

Dans l'observation suivante, la coqueluche était terminée depuis quelques jours, lorsque l'enfant prit la rougeole ; il en résulta une reprise des quintes de coqueluche qui persistèrent encore quelque temps après la guérison de la rougeole et la production d'une éruption ecchymotique.

Obs. VI (personnelle). — *Coqueluche*. — *Rougeole ecchymotique*.
— *Reprise des quintes de coqueluche*. — *Guérison*.

Charlotte R..., 3 ans, entre le 20 juillet 1896 dans le service de médecine des Enfants-Assistés. Elle est atteinte d'une coqueluche d'intensité moyenne : 7 à 8 quintes par jour, quelques râles sibilants à l'auscultation, petites poussées fébriles qui ne dépassent pas 38°5 pendant le premier mois.

Pendant le mois de septembre, les quintes diminuent et à la fin de ce mois elles ne sont plus que de 3 à 4 par jour.

Le 5 octobre. — La température s'élève, les quintes reprennent de la fréquence (6 par jour).

Le 8. — T. 40°2 ; 7 quintes par jour, yeux larmoyants et gorge rouge.

Le 9. — Eruption de rougeole.

Le 10. — L'éruption est étendue sur tout le corps ; elle prend sur le dos des mains et des poignets, et un peu au niveau des chevilles et sur les joues l'apparence de taches violacées, qui ne s'effacent pas complètement à la pression.

Les jours suivants, la température est redevenue normale ; l'éruption persiste, devient cuivrée, et disparaît enfin après une douzaine de jours ; les quintes persistent, puis diminuent à partir du commencement de novembre et cessent enfin le 10 novembre.

L'infection par la coqueluche et la rougeole peut être simultanée, comme dans l'observation VII ; il en résulte que la toux de la coqueluche prend un caractère quinteux pénible et que l'éruption se complique d'ecchymoses.

OBS. VII (personnelle). — *Rougeole ecchymotique*. — *Coqueluche*.
— *Guérison*.

Ernest L..., 2 ans, entré le 14 septembre 1896, dans le service de médecine des Enfants-Assistés.

Le 21. — Sa température commence à s'élever ; il tousse.

Le 26. — Eruption de rougeole ; diarrhée ; toux quinteuse ; T. 39°5.

Pendant les quatre jours suivants, la température reste élevée, la toux devient de plus en plus quinteuse, coqueluchoïde ; on entend des râles de bronchite dans la poitrine. L'éruption prend un caractère ecchymotique, violacé ; les extrémités sont un peu cyanosées.

Le 3 octobre. — La température baisse, mais ne revient pas tout à fait à la normale ; la coqueluche s'affirme ; l'éruption purpurique persiste

Les jours suivants, toujours un peu de fièvre, 6 quintes par 24 heures. Les taches purpuriques se transforment en macules brunnâtres qui disparaissent peu à peu.

Le 11. — Deux bulles de pemphigues sur le dos ; otite suppurée gauche. La température remonte à 39°.

Le 18. — La fièvre est complètement tombée ; l'enfant est repris par ses parents ; il se porte bien, mais sa coqueluche évolue.

Dans le cas suivant, la coqueluche n'a pas présenté de recrudescence. Le caractère ecchymotique de l'éruption peut être attribué à deux causes : la coqueluche et l'existence d'une leucocytose avec splénomégalie ; on sait en effet que les hémorrhagies sont fréquentes chez les leucocythémiques.

OBS. VIII (personnelle). — *Broncho-pneumonie*. — *Coqueluche*. —
Rougeole ecchymotique. — *Guérison*.

Henri L..., 2 ans et demi, entre le 29 avril 1896, dans le service de médecine des Enfants-Assistés, venant de Thiais. Il présente une fièvre qui oscille entre 38° et 38°5, et des râles de bronchite disséminés dans la poitrine.

Les jours suivants, les phénomènes s'accroissent.

Le 12 *mai*. — Broncho-pneumonie des lobes inférieurs des 2 poumons. Rate volumineuse ; leucocytose et globules à noyaux.

L'enfant traîne pendant quelques jours, sans augmenter de poids, puis à partir du 24, il s'améliore décidément.

Le 4 *juin*. — Début d'une coqueluche, qui évolue pendant tout le mois sans fièvre, avec 8 à 9 quintes par jour.

Le 29. — La température s'élève.

Le 2 *juillet*. — Eruption de rougeole.

Le 4. — La respiration est gênée, on entend à l'auscultation de gros râles éclatants prédominant du côté droit ; 6 quintes de coqueluche par jour. T. 39°6. L'éruption se généralise.

Le 6. — Même gêne de la respiration, s'accompagnant des mêmes signes à l'auscultation. L'éruption prend un aspect ecchymotique. La température tombe à 37°4.

Les jours suivants, les quintes de coqueluche diminuent peu à peu ; l'état général s'améliore.

Au commencement d'août, les quintes sont devenues très peu fréquentes, l'enfant n'en a plus qu'une ou deux par jour, et à partir du 21 août elles ne se reproduisent plus.

Les deux observations suivantes, tirées de la thèse de Blanckaert, méritent d'être rapprochées et comparées ; dans les deux en effet la dyspnée était d'origine laryngée.

L'éruption s'est comportée de la même façon : tout d'abord une éruption très pâle qui a rétrogradé rapidement comme c'est la règle chez les sujets infectés ; si bien qu'elle semblait complètement disparue lorsque la production des ecchymoses est venue la rendre visible.

OBS. IX (BLANCKAERT). — *Rougeole chez un rachitique atteint de spasmes de la glotte. — Aggravation des spasmes. — Éruption anormale. — Convulsions. — Broncho-pneumonie double. — Mort.*

Gustave, 3 ans, entre le 9 mars aux Enfants-Malades. Il est atteint de rachitisme très prononcé et de spasmes de la glotte qui surviennent 6 à 8 fois par jour. Sous l'influence du traitement, les spasmes cessent, puis le 18 mars, ils reparaissent et deviennent de plus en plus intenses.

Le 27. — Éruption de rougeole sortant mal, à la figure et aux avant-bras.

Le 28. — 30 spasmes par jour. Convulsions. Dyspnée. Râles muqueux. Diarrhée.

Le 29. — L'éruption qui avait paru pâlir la veille, sort brusquement par petites taches d'un rouge vif, très serrées à la partie inférieure de la face, rares sur le ventre, nombreuses dans les aines. Spasmes persistent. Respiration très gênée.

Le 30. — L'éruption devient très confluyente à la face.

Spasmes continuent. Aggravation considérable. Broncho-pneumonie, cyanose des extrémités. T. 40°.

Le 31. — Mort.

AUTOPSIE. — Larynx, trachée, bronches contiennent un liquide spumeux et sanguinolent.

Poumons. — Broncho-pneumonie avec foyers d'apoplexie dans les 2 lobes inférieurs. Ecchymoses sous-pleurales.

OBS. X (BLANCKAERT). — *Rougeole ecchymotique. — Broncho-pneumonie. — Croup. — Mort.*

J. P..., 3 ans, entre le 5 mars aux Enfants-Malades pour un rachitisme très prononcé.

Le 18 mars. — Quintes de coqueluche et éruptions de rougeole.

Le 19. — Éruption normale, larmolement; quelques râles muqueux dans la poitrine. L'enfant paraît très abattu.

Le 24. — L'abattement augmente. Diarrhée verte. Broncho-pneu-

monie, dyspnée, respiration fréquente (52 par minute). Quintes de coqueluche. L'éruption a disparu de la face qui est très pâle ; ailleurs elle ne laisse que des macules cuivrées, excepté au ventre et aux cuisses où quelques taches sont devenues ecchymotiques.

Le 23. — Aggravation considérable. Abattement extrême. Pouls 150. T. 41°. Début de croup.

Les macules cuivrées persistent au ventre et aux cuisses, les taches ecchymotiques ont beaucoup pâli.

Le 24. — Mort.

AUTOPSIE. — Diphtérie laryngée.

Poumons. — Emphysème. Broncho-pneumonie du lobe inférieur du poumon gauche et des lobes supérieur et inférieur du poumon droit.

L'observation suivante montre un mode de production rare de l'éruption ecchymotique, due à la gêne circulatoire causée par un appareil plâtré.

OBS. XI (personnelle). — *Mal de Pott lombaire ; corset plâtré. — Rougeole ecchymotique. — Guérison.*

Léonie C..., 4 ans et demi, entre le 5 mars 1896 dans le service de chirurgie des Enfants-Assistés. Elle est atteinte d'un mal de Pott lombaire, avec gibbosité médiane, sans paralysie ni abcès par congestion, et présente quelques signes de rachitisme :

Gros ventre flasque, voûte palatine ogivale.

Les sommets des poumons sont douteux, le cœur, les reins sont sains.

Le 11 mars. — Elle est placée dans un corset plâtré.

Le 21 avril. — Eruption de rougeole.

Les taches morbillieuses apparaissent le premier jour sur la figure ; elles sont très disséminées, et présentent une coloration rouge très foncée, ressortant vivement sur le fond de la peau qui est très pâle ; elles ne s'effacent pas à la pression. L'enfant tousse peu, et se plaint seulement d'être un peu gênée dans son corset. L'état général est très bon. T. 39°8.

Le 22. — L'éruption sort sur les avant-bras et les cuisses ; elle y présente les mêmes caractères qu'à la face.

Le 24. — La fièvre est complètement tombée ; l'éruption a pris une coloration violet pourpre.

Les jours suivants, l'éruption devient successivement brunâtre, puis cuivrée, et disparaît.

L'enfant est envoyée à Berck le 11 juin.

Dans l'observation suivante la rougeole est survenue chez une fillette tuberculeuse.

OBS. XII (personnelle). — *Rougeole ecchymotique.*

Marcelle A1..., 2 ans, entre le 21 juillet 1896, dans le service de médecine des Enfants-Assistés. C'est une enfant pâle, chétive, qui maigrit, tousse, et présente un léger degré de fièvre.

Les jours suivants, sa température s'élève progressivement.

Le 30 juillet. — On constate une éruption de rougeole. La gorge est rouge ; on entend des râles fins aux deux bases. T. 39°7.

Le 2 août. — L'éruption est devenue très intense sur le tronc et sur les membres et a pris une teinte purpurique. La température est retombée à 37°.

Le 6. — La fièvre reprend (38°). On constate de la vulvite, des râles sous-crépitaux persistant dans les poumons, un peu de diarrhée jaune. L'éruption s'est effacée, mais se voit encore sur les parties inférieures du tronc et sur la région dorsale des membres supérieurs sous forme de taches brun-jaunâtre.

Le 12. — La température est retombée à 37°. Plus de traces de l'éruption.

Dans les observations suivantes, il existait toujours une dyspnée plus ou moins intense causée par des lésions pulmonaires. Assurément, toute rougeole compliquée de congestion pulmonaire ou de broncho-pneumonie avec dyspnée ne devient pas ecchymotique, mais toutes les

rougeoles ecchymotiques que nous avons observées, à une exception près, s'accompagnaient de troubles dyspnéiques, qui ont été plus d'une fois assez graves pour causer la mort.

Obs. XIII (personnelle). — *Rougeole ecchymotique.* —
Bronchite généralisée. — *Guérison.*

H..., 3 ans, était déjà en traitement depuis quelque temps aux Enfants-Assistés pour une syphilis acquise accompagnée de rachitisme osseux et viscéral, lorsqu'il fut pris de fièvre et de toux le 1^{er} novembre 1896.

Le 3 novembre. — Apparaît une éruption de rougeole qui évolue normalement pendant les premiers jours. L'enfant tousse beaucoup. La température monte à 40°.

Le 6. — L'éruption prend une teinte foncée sur les extrémités des membres. La respiration est gênée.

Le 7. — L'exanthème morbillieux a complètement disparu sur la face, la poitrine et le dos. Il persiste et a pris un caractère ecchymotique très marqué sur les membres inférieurs et supérieurs et particulièrement sur le dos des poignets ; quelques taches purpuriques se voient sur les côtés du thorax.

L'éruption est d'un rouge vineux ; les taches sont légèrement saillantes, comme dans l'exanthème ordinaire de la rougeole, sur lequel elles se sont greffées, mais leurs bords sont moins nettement limités ; elles ne s'effacent pas à la pression.

Les lèvres sont un peu violettes, mais non réellement cyanosées. La respiration est un peu gênée, la toux est fréquente. Les signes de bronchite généralisée persistent. T. 38°.

Le 7. — Les râles persistent dans la poitrine.

L'éruption possède encore le même caractère hémorrhagique sur les membres supérieurs et inférieurs, et particulièrement sur le dos des poignets où elle est d'un violet plus foncé. La pression la rend plus apparente, car elle se détache alors sur le fond clair de la peau.

Le 10. — L'éruption tend à s'effacer, mais se voit encore très bien aux extrémités. La température est revenue à la normale.

Le 19. — Quelques macules cuivrées, très pâles existent encore sur le dos des poignets ; rien ailleurs.

L'état général est bon ; rien à l'auscultation.

Le 23. — Il persiste encore quelques macules jaunâtres sur les avant-bras.

OBS. XIV (BLANCKAERT). — *Rougeole hémorrhagique.* — *Symptômes nerveux.* — *Congestion pulmonaire.* — *Amélioration.*

Léon B..., 3 ans, entre à l'hôpital le 28 mars avec une éruption de rougeole sortant partout, mais déjà très marquée et confluyente à la face qui est fortement bouffie.

Le 29. — L'éruption se remplace déjà par des taches ecchymotiques que la pression du doigt ne fait pas disparaître. Partout ailleurs elle est extrêmement intense, caractérisée par des taches un peu saillantes, qui, en se rejoignant, forment de larges plaques. Diarrhée verte. Bronchite, respiration pénible.

Le 30. — L'éruption a pris partout l'aspect hémorrhagique. A la face, les taches ont une teinte violacée, lie de vin foncée, il n'y a pas de portion de peau saine : les taches se touchent partout, et dans quelques endroits on voit de véritables plaques hémorrhagiques. Au côté gauche du ventre, dans l'aine et à la partie supérieure de la cuisse gauche, en se rejoignant, elles forment un réseau circonscrivant des portions de peau saine. Cet aspect existe encore, mais à un degré moindre, dans les autres parties du ventre et au niveau des articulations. Partout ailleurs les taches, quoique serrées, sont isolées et un peu moins foncées.

Subdélire. Langue sèche. Dyspnée considérable, tirage, râles aux deux bases.

Le 31. — Légère amélioration. Les taches ont beaucoup pâli à la face et un peu ailleurs. Même état de la poitrine.

Le 1^{er} avril. — Les taches ecchymotiques tendent à disparaître de la face après avoir présenté à leur périphérie la teinte jaune foncée des ecchymoses en résolution, teinte qui est très visible aujourd'hui à la poitrine, aux bras et aux cuisses. L'aspect hémorrhagique reste encore bien marqué au ventre et dans l'aine gauche.

La dyspnée a un peu diminué. Diarrhée continue.

Le 2. — Les taches ont pris partout une teinte jaune, excepté dans le flanc et l'aîne gauche, où elles conservent une couleur lie de vin, mais beaucoup moins foncée que les premiers jours.

Le 3. — L'amélioration continue.

OBS. XV (BLANCKAERT). — *Rougeole ataxo-adyynamique. — Broncho-pneumonie lobulaire généralisée, bilatérale. — Gangrène de la lèvre supérieure. — Mort.*

Emile R..., 2 ans, entre le 7 mars aux Enfants-Malades.

Il est atteint de fièvre intense, diarrhée et délire.

Le 8. — Eruption de rougeole généralisée, rouge foncé, un peu saillante. Diarrhée intense, lèvres sèches; toux sèche, quinteuse; dyspnée; prostration.

Le 9. — Les taches ont pâli à la face, au cou, à la poitrine, au dos, et disparu presque partout ailleurs. Au bras droit, elles sont remplacées par de véritables taches ecchymotiques très circonscrites. Broncho-pneumonie. L'abattement fait des progrès. Gangrène de la bouche.

Le 10. — Tout le tégument est pâle, sans trace d'éruption, excepté autour des poignets, dans l'aisselle, à la partie supéro-interne des cuisses, où il existe quelques rares taches cuivrées à peine visibles.

Les petites ecchymoses du bras n'ont pas diminué. Mort.

AUTOPSIE. — Congestion de la muqueuse respiratoire. Ecchymoses sous-pleurales. Broncho-pneumonie double.

OBS. XVI (PUECH). — *Rougeole. — Dyspnée. — Eruption ecchymotique. — Guérison.*

Marie L..., 3 ans.

Le 25 novembre 1883. — Elle est atteinte de toux, coryza et conjonctivite.

Le 25. — Eruption de rougeole sur la face, le tronc et les membres supérieurs.

Les taches petites, rosées, non saillantes, analogues à des piqures

de puce sur le tronc, plus étendues à la figure, s'effacent à la pression.

Le soir, l'éruption devient d'un rouge très vif et confluyente sur la face.

L'enfant est oppressée, très abattue. T. 40°.

Le 28. — L'éruption pâlit à la face. Respiration dyspnéique, quelques râles sonores à l'auscultation.

Le 29. — L'éruption, les symptômes pulmonaires et la fièvre diminuent.

Le 30. — L'exanthème a pris un caractère ecchymotique. Les taches sont rouge violacé, ne disparaissent plus à la pression. C'est surtout à la face, autour des poignets et au pli de l'aîne que les ecchymoses sont intenses. T. 37°5.

Le 1^{er} décembre. — Desquamation très nette à la face au niveau des ecchymoses.

Le 3. — Les taches pâlissent.

Le 4. — Les taches n'ont plus qu'une coloration jaunâtre ; l'état général est excellent.

OBS. XVII (PUECH). — *Rougeole ecchymotique. — Bronchite.*
— *Guérison.*

Joséphine, 4 ans, lymphatique.

Le 14 décembre. — Diarrhée, toux, yeux larmoyants.

Le 16. — Fièvre.

Le 17. — Eruption généralisée. Toux plus fréquente, râles sous-crépitaux fins généralisés, dyspnée.

Le 18. — L'éruption a pris, surtout à la face, un caractère ecchymotique. Bon état général. Pas de fièvre.

Le 20. — Les taches ecchymotiques sont plus pâles.

Les jours suivants la convalescence s'affirme.

OBS. XVIII (PUECH). — *Rougeole ecchymotique. — Congestion pulmonaire.*

Pauline, 2 ans.

Le 15 décembre 1885. — Eruption de rougeole généralisée.

Le 16. — Oppression (60 respirations par minute).

Le 17. — L'éruption est devenue ecchymotique, surtout à la face.

Le 18. — Congestion pulmonaire double, dyspnée.

Le 19. — Angine, stomatite.

Le 20. — L'exanthème est toujours rouge foncé.

Le 21. — Les râles deviennent plus humides ; l'éruption pâlit.

Les jours suivants, l'enfant entre en convalescence.

OBS. XIX (PUECH). — *Rougeole ecchymotique. — Broncho-pneumonie. — Mort.*

Paul, 2 ans.

Le 12 décembre 1883. — Eruption de rougeole.

Le 13. — L'exanthème se généralise.

Le 14. — Il s'atténue.

Le 15. — L'éruption est devenue ecchymotique à la face et en quelques points des membres inférieurs. Bronchite, dyspnée (64 respirations par minute).

La température remonte à 40°.

Le 16. — Au niveau des taches ecchymotiques, desquamation furfuracée. Broncho-pneumonie.

Le 17. — L'enfant s'affaiblit de plus en plus ; mort dans la nuit.

AUTOPSIE. — *Poumons* : emphysème généralisé ; broncho-pneumonie du lobe gauche.

OBS. XX (AUDÉOUD et JACCARD). — *Rougeole à forme dyspnéique. — Mort pendant l'éruption.*

Enfant de 19 mois, délicate.

Le 19 octobre 1893. — Toux, coryza, diarrhée, fièvre ; accès d'étouffements répétés.

Le 23. — Eruption de rougeole.

Le 24. — Etouffements.

Le 25. — Exanthème morbilléux à demi effacé sur le corps et la face, teintelie de vin. Respiration haletante, pouls faible, cyanose. Mort dans la journée.

AUTOPSIE. — L'éruption morbillieuse est encore très visible hyperémie de la muqueuse respiratoire. Bronchite. Néphrite.

OBS. XXI (LARDIER). — *Rougeole hémorrhagique. — Strabisme vermineux. — Gangrène de la vulve. — Rétention d'urine. — Guérison.*

M..., 20 mois, avait été prise 8 jours avant de coryza, conjonctivite et toux violente.

Le 22 janvier. — Eruption surtout marquée aux membres inférieurs caractérisée par : 1° taches noirâtres plus ou moins ecchymotiques, légèrement saillantes, limitées par des intervalles de peau saine, ne disparaissant pas à la pression ;

2° Piqueté hémorrhagique ressemblant à du purpura.

Les parties supérieures du corps avaient été envahies de la même façon, et les ecchymoses y avaient fait place à de petites taches bis-trées.

Fièvre vive ; pouls 120 ; respiration rapide.

L'éruption disparut complètement au bout de peu de jours.

Le 28. — Strabisme, convulsions, flexion du corps en avant.

L'enfant rend 6 ascarides.

Gangrène de la vulve qui guérit.

Le 12 février. — Rétention d'urine qui guérit également.

Enfin dans les deux observations suivantes, comme dans toutes celles qu'il rapporte, Veit attribue la production des ecchymoses à la fièvre violente qu'il a constatée chez ses malades. Peut-être faut-il tenir un certain compte de la toux coqueluchoïde qui existait chez l'un d'eux et que Veit ne fait que mentionner.

OBS. XXII (VEIT). — *Rougeole ecchymotique. — Toux coqueluchoïde. — Fièvre intense. — Guérison.*

Un enfant de 2 ans, sain, est pris de rougeole. Dès le premier jour

l'exanthème était très rouge, accompagné d'une fièvre violente, avec pouls incomptable et délire, et d'une toux sèche et coqueluchoïde.

Le lendemain, l'éruption s'étendit avec la même intensité sur tout le reste du corps. Il persista 3 jours avec une couleur vive et de la fièvre.

Le 4^e jour, la fièvre était modérée. L'éruption avait changé ; elle était formée de taches sombres, violettes, multiformes, ne disparaissant pas à la pression ; ces taches semblaient occuper la place où la veille étaient les taches de rougeole. Sur la moitié droite du visage, grosse plaque irrégulière, sombre, comme les autres taches du corps, d'un rouge vineux très foncé, plus que les pétéchie ordinaires. La fièvre avait diminué.

Les jours suivants, taches jaunes, ne disparaissant pas par la pression.

Au 10^e jour, on pouvait encore les voir sur tout le corps.

Quelques jours plus tard, au visage, au dos, et aux extrémités inférieures, elles prirent l'aspect de taches de rougeole fraîches.

Au 16^e jour, elles ne se voyaient que quand l'enfant criait.

Pas de desquamation ; pas d'hémorrhagie par le nez, ni par d'autres organes.

Les autres frères et sœurs, atteints de rougeole, n'eurent pas de forme hémorrhagique.

OBS. XXIII (VEIT). — *Rougeole hémorrhagique.* — *Fièvre violente.*
— *Guérison.*

Marie S..., 8 ans, avait déjà eu la rougeole.

Le 19 mars. — Fièvre violente, agitation, délire ; toux violente, rauque.

Ces phénomènes durèrent 3 jours.

Le 25. — Exanthème caractéristique, rouge framboisé, très intense, confluent au visage, en groupes serrés sur les membres ; en quelques points, sur les bras, pétéchie. Fièvre déjà amendée ; toux.

La nuit, moins d'agitation, fièvre baisse.

L'exanthème pâlit au visage ; sur la joue gauche, tache sombre, d'un rouge moins sombre que l'exanthème du dos, mais disparaissant

lentement par la pression. A la face dorsale des deux bras, taches devenues plus pâles ; l'exanthème avait pris sur la face palmaire une couleur vineuse et se comportait comme des ecchymoses.

Le dos surtout était caractéristique ; de la même couleur que la face palmaire du bras. Les pétéchies, irrégulières, déchiquetées, étaient groupées comme des taches de rougeole.

Les cuisses, la poitrine, le ventre montraient à la fois des taches de rougeole pâlies et des taches devenues hémorrhagiques.

L'impression produite par toutes ces taches faisait croire à la maladie de Werlhof.

Le 27. — Pas de fièvre, toux diminuée, diurèse normale.

Les taches sont devenues vineuses, même noires, en certains points.

Le 28. — L'exanthème pâlit sur tout le corps ; il est devenu jaune au dos surtout. La desquamation commence sur le front.

Les jours suivants, l'exanthème disparaît ; bien-être.

Les taches et les sugillations restèrent longtemps visibles en jaune sale.

Le 6 avril. — Exanthème a complètement disparu.

CONCLUSIONS

La rougeole ecchymotique est une des formes de la rougeole hémorrhagique. Il est important de la bien distinguer : 1° des rougeoles hémorrhagiques vraies où les ecchymoses cutanées s'accompagnent d'hémorrhagies viscérales et d'un état général grave ; 2° des érythèmes infectieux purpuriques qui sont liés à des infections secondaires d'origine buccale, pharyngienne ou bronchique au cours ou à la suite de la rougeole.

Toutes les causes qui peuvent amener une gêne de la circulation cutanée locale ou générale ; les maladies dyspnéiques du poumon et du larynx, et en premier lieu la coqueluche sont capables de produire des éruptions ecchymotiques.

L'exanthème est composé d'éléments prenant la place et les dimensions des taches morbillieuses, d'une couleur lie de vin le premier jour, passant ensuite au violet, au brun sale et au jaune cuivré, ne s'effaçant pas sous la pression des doigts, et persistant pendant dix à quinze jours. Il apparaît du deuxième au quatrième jour de l'éruption de

rougeole, et coïncide souvent avec un abaissement de la température et une amélioration de l'état général.

Le pronostic est favorable, sauf dans les cas où la formation des ecchymoses est liée à la présence d'une maladie dyspnéique grave du poumon et du larynx.

Vu :

Le Président de la thèse.

C. POTAIN.

Vu :

Le Doyen,

P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Audeoud et Jaccard.** — Note sur quelques complications respiratoires et nerveuses de la rougeole. *Revue méd. de la Suisse Romande*, 1894.
- Babesin.** — *Arch. f. Kinderheilkunde*, III.
- Baginsky.** — Hæmorrh. morbill. ; schwere cerebrale Störungen. *Oesterr. Jahrb. f. Pædiatria*, Wein., 1877.
- Barbier.** — *La rougeole*.
- Blanckaert.** — *Des complications de la rougeole chez les enfants*. Thèse Paris, 1868.
- Boudin.** — *Recherches sur les complications qui accompagnent la rougeole*. Thèse Paris, 1835.
- Brown.** — *Edinb. med. Journal*, avril 1855.
- Breune.** — *Des complications de la rougeole*. Thèse Montpellier, 1878.
- Cadet de Gassicourt.** — *Traité clinique des maladies de l'enfance*.
- Cantonnet.** — *Considérations sur la rougeole et ses complications*. Thèse Montpellier, 1866.
- Catrin.** — Lésions histologiques de la peau dans la rougeole. *Archiv. de méd. expér.*, 1891.
- Cazenave et Schedel.** — *Abrégé pratique des maladies de la peau*.
- Chabrillat.** — Thèse Montpellier, 1892.
- Debouchard.** — *De la rougeole des enfants, ses variétés et complications*. Thèse Paris, 1859.
- Dechaut.** — *De la rougeole irrégulière et compliquée*. Thèse Paris, 1842.
- D'Espine.** — Art. Rougeole, in *Dictionn. Jaccoud*.
- Emlden.** — L'épidémie de rougeole à Heidelberg en 1888. *Arch. f. Kinderh.*, XI, 3.
- Evans.** — Rubecola with a peculiar form of eruption *Brit. med. J.*, London, 1867.
- Evrard.** — *Complications de la rougeole chez les enfants*. Thèse Paris, 1869.
- Fiessinger.** — Anomalies et complications de la rougeole. *Gaz. méd. de Paris*, 12 mai 1894.
- Gluck.** — De la rougeole chez les adultes. *Monat. f. prakt. Derm.*, X, n° 1.

- Guinon (Louis).** — Art. Rougeole, in *Traité de médecine*.
- Grancher.** — Art. Rougeole, in *Traité de médecine et de thérapeutique*.
- Guénaut de Mussy.** — *Clinique médicale*.
- Gumpłowicz.** — De la rougeole. *Jahrb. f. Kinderh.*, XXXII, 3.
- Haase.** — De hæmorrh. varium in morbillis sympt. Lipsiæ, 1801.
- Henoch.** — Ueber die letzte Masern epidemie. *Berl. klin. Woch.*, 5 janvier 1891.
- Hilden.** — Diss. sytem. casum de morbillis cum purpura alba. Halæ. Magd., 1722.
- Hochmuth.** — De morbillis hæmorrhagiis. Lipsiæ, 1860.
- Homolle.** — Hémorrhagie méningée, consécutive à une thrombose des sinus dans le cours d'une rougeole. *Bull. Soc. anat.*, 1873.
- Hutinel.** — Note sur quelques érythèmes infectieux. *Arch. gén. de médecine*, sept. 1892.
- Karg.** — Darstellung der Masernepid. unter den Zöglingen des K. K. Waisenhauses. *Gesellschaft der Aerzte in Wien.*, 1856.
- Labadie.** — Sur une épidémie de rougeole. Thèse Montpellier, 1881.
- Lardier.** — Rougeole hémorrhagique. Strabisme vermineux. *Un. méd.*, 1875.
- Laudon.** — *Deut. mediz. Woch.*, 1890.
- Lévy.** — Mémoire sur la rougeole des adultes. *Gaz. méd.*, 1847.
- Malone.** — A Case of hem. measles. *Arch. pédiat.* Philad., 1885.
- Masarei.** — Die masern epidemie zu Pettendorf. *Med. Jahrbücher des K. K. oesterreicher Staats*.
- Moynier.** — Des accidents graves qui surviennent dans le cours de la rougeole. Metz, 1860.
- Murray.** — Epidémie de rougeole. *Lancet*, 3 janvier 1891.
- Neumann.** — Ueber die hist. Verand. der Haut bei morb. und. scarl. *Mediz. Jahrb.*, 1882.
- Oulmont.** — Rougeole hémorrhagique. Apoplexie pulmonaire. *Progrès méd.*, 1876.
- Puech.** — Thèse Montpellier, 1883.
- Raulin.** — Rougeole anormale. *Journ. de médecine de Paris*, 1892.
- Rayer.** — *Traité théorique et pratique des maladies de la peau*. Paris, 1835.
- Rilliet et Barthez.** — *Maladie des enfants*, 1853.
- Rosenthal.** — De morbillis eorumque anomalis. Viennæ, 1834.
- Sanné.** — Art. Rougeole, in *Dict. Dechambre*.
- Thomas.** — Note sur la rougeole à forme dyspnéique. *Rev. méd. de la Suisse Rom.*, juillet 1890.
- Thomas.** — Art. Rougeole, in *Ziemssens Handb. der spec. path.*, 1874, II, 2^e partie.

- Trousseau.** — Quelques mots sur la rougeole et sur les éruptions secondaires. *Journ. de méd. de Paris*, 1843.
— De la rougeole et ses complications. *Gaz. des hôp.*, 1858-1859.
Valleix. — *Guide de médecine pratique*. Paris, 1847.
Veit. — Ueber hæm. Masern. *Arch. f. path. anat.*, 1858.
Willan. — *Die Haut Krankheiten und ihre Behandlung.*, übersetzt. von FRIESE. Breslau, 1806.
Wilson. — *Die Krankheiten der Haut.*
— Rougeole maligne. *Med. news*, juillet 1894.
Wunderlich. — *Pathologie und Therapie.*
-

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot. — J. Thevenot, successeur, Saint-Dizier (Hte-Marne).
